

あおぞら皮膚科 美容問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日（西暦）		
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒	—	ご職業	
電話番号	（自宅）		（携帯）	

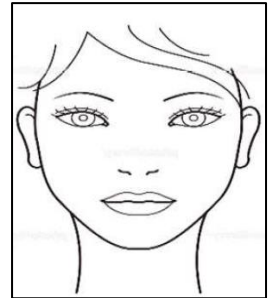
美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適用外となります。（初診2,200円、再診550円）

お顔のご相談は、お化粧を落とした状態で診察させていただく場合がございます。ご了承くださいませ。

1. お悩みは何ですか？

部位：症状の出ている箇所を右図に印でご記入ください

症状：シミ・そばかす・くすみ・肝斑・しわ・ピアス（両耳・右耳・左耳）



2. 今まで何か治療を受けましたか？

- ・シミ取りレーザー・レーザーフェイシャル・ピーリング・IPL 光治療・ボトックス
- ・金糸治療・ハイドロキノロン・トレチノン・ヒアルロン酸
- ・その他（ ）

3. 当院の美容医療で気になっているものはありますか？

- ・ビタミン剤 ・美容点滴/注射 ・スキンケア用品や化粧品
- ・施術（IPL/レーザーフェイシャル/レーザーシャワー/ピーリング）

4. 現在治療中の病気はありますか？

- ・なし ・あり（病名： ）

5. 現在内服中の薬・サプリメントで当てはまるものはありますか？

- <薬> ・鉄剤・抗凝固薬・免疫抑制剤・ピル・医療機関で処方されたビタミン剤
- <サプリ> ・イチョウ・朝鮮人参・ニンニク・美白系のサプリ(ビタミンCやハイチオール等)

5. 薬、食品などのアレルギーはありますか？

- ・なし ・あり（ ）

6. 下記に当てはまるものはありますか？

- ・施術希望部位にウイルス感染症、傷、刺青、癌がある ・てんかんの既往 ・ケロイド、瘢痕体質

7. 美容皮膚科を受診する目的となった大切な予定がありますか？（結婚式、旅行、同窓会など）

- ・なし ・あり（ 年 月 日ごろ）

9. （女性の方に）現在、妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？

- ・妊娠している（ カ月） ・可能性あり（妊活中含む） ・可能性なし ・授乳中

10. 当院にご来院されたきっかけは？

- ・知人家族の紹介 ・医療機関からの紹介 ・ホームページ ・近所 ・その他（ ）